FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE N° — 148

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Evrard DEMAILLY

Né à Bucquoy (Pas-de-Calais), le 15 août 1902

Ancien externe des hôpitaux de Paris

L'AÉROPHAGIE

AU COURS DES

CARDIOPATHIES

Président : M. P. CARNOT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

E. DEMAILLY

Né à Bucquoy (Pas-de-Calais), le 15 août 1902

Ancien externe des hôpitaux de Paris

L'AÉROPHAGIE

AU COURS DES

CARDIOPATHIES

Président : M. P. CARNOT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBE (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE..	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu

En le remerciant du très grand honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LE NOIR

Ancien Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine

Dont l'enseignement restera pour nous le guide le plus précieux au cours de notre carrière médicale.

En témoignage de notre sincère et respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUVRAY
MONSIEUR LE DOCTEUR GANDY

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR WIART
MONSIEUR LE DOCTEUR RIST
MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR
MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGET

AU DOCTEUR MARIE PARMENTIER

En témoignage de ma très grande reconnaissance.

A MA FIANCÉE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L'AÉROPHAGIE

AU COURS DES CARDIOPATHIES

I

Rien n'a été laissé dans l'ombre, semble-t-il, des symptômes, des causes, du mécanisme physiopathologique de l'aérophagie. Aussi ne reviendrons nous que sur un point de son étude, sur ses rapports avec les affections cardiaques.

Si d'une part, nombre de troubles fonctionnels du cœur doit être mis sur le compte de l'aérogastrie, il semble que celle-ci peut survenir au cours de certaines affections cardio-aortiques, n'en étant même parfois que la seule manifestation ; on conçoit l'importance du problème qui consiste alors à ne pas prendre pour une simple aérogastrie, une affection grave de pronostic réservé.

Dire d'une part comment se présente en clinique cette aérophagie symptomatique, secondaire à des lésions du cœur ou de l'aorte, et d'autre part quelles difficultés de diagnostic peuvent exister quand ses symptômes se trouvent être au premier plan, sera tout spécialement le but de notre étude.

Quelques observations que nous devons à l'obligeance de notre maître M. Le Noir et du Dr M. Parmentier illustreront cette question de l'aérophagie des cardio-aortiques.

II

DE L'AÉROPHAGIE

Si l'aérophagie était connue d'Hippocrate qui l'appelait « maladie éructante », ce ne fut qu'en 1814 que Desjardins montra la possibilité de créer une aérogastrie artificielle par déglutition d'air athmosphérique : il relata le cas d'un conscrit qui avait eu recours à ce moyen pour échapper au service militaire. Et depuis Bouveret qui en 1891 l'individualisa, depuis Hayem qui vit ses rapports avec les maladies de l'estomac, de nombreux travaux lui ont été consacré.

Aussi nous attarderons-nous le moins longtemps possible à l'étude clinique de l'aérophagie.

L'aérophagie, caractérisée par l'introduction d'excès d'air dans les voies digestives supérieures se traduit cliniquement par de nombreux signes fonctionnels. Ce sont les éructations gazeuses plus ou moins nombreuses, survenant souvent en série (rot en salve de Mathieu) les sensations pénibles de pesanteur, de tension, de gêne épigastrique qu'accusent les malades à la fin de leurs repas et qui sont liées à la présence d'air sous tension dans la cavité gastrique. Des phénomènes d'oppression,

d'étouffement, de lassitude sont fréquemment observés, ainsi que des bâillements post-prandiaux.

A l'examen physique on trouve une voussure plus ou moins considérable de l'épigastre : dans certains cas l'estomac peut même « se dessiner sous la peau comme s'il avait été insufflé » (M. Le Noir) ; la palpation montre comme cette région est tendue et la percussion donne un son tympanique à ce niveau ; l'espace de Traube augmente et devient lui-même plus sonore, car l'estomac est refoulé vers le haut.

L'examen radioscopique décèle enfin les signes caractéristiques de l'aérogastrie : la poche à air est volumineuse, d'une clarté très vive, et d'autant plus que l'air est sous une plus grande tension ; elle soulève le segment gauche du diaphragme et la pointe du cœur plonge dans cette chambre à air distendue. On remarque également que très fréquemment le rebord inférieur du foie est plus apparent qu'à l'ordinaire.

L'étiologie de cette affection mérite que l'on s'y arrête, car il est évident que son traitement en dépend.

La plupart des cas d'aérophagie sont liés à la déglutition exagérée de salive (sialophagie de Hayem) et par conséquent toutes les causes qui seront capables de créer de la sialorrhée pourront la déterminer. On la rencontre :

— dans nombre d'états dyspeptiques : Hayem et Roger ont montré en effet l'étroite corrélation qui

existe entre les irritations gastriques et la sécrétion salivaire.

— au cours de maintes lithiases biliaires (F. Ramond et Parturier).

— le port d'un dentier ou de toute autre pièce de prothèse dentaire

— de même presque toutes les affections oto-rhino-laryngées-rhinites, hypertrophie ou atrophie des cornets, végétations, laryngites, sinusites peuvent la déterminer.

— Les anesthésiques, éther, chloroforme provoquent également la sialorrhée (aérophagie avec dilatation aiguë de l'estomac).

— Il existe enfin des sialorrhées purement névropathiques.

Mais l'aérophagie peut reconnaître d'autres causes que celles-là ; elle peut avoir à son origine une affection cardio-artérielle.

Nous ne faisons que le mentionner ici, nous réservant d'aborder ces causes cardio artérielles dans un autre chapitre.

Le diagnostic de l'aérophagie sera le plus souvent aisé. Chez un malade se plaignant de tension douloureuse, de ballonnement épigastrique survenant peu de temps après les repas, présentant des éructations gazeuses par salves, le diagnostic sera certain si l'examen physique montre une voussure et un tympanisme s'étendant à l'étage supérieur de l'abdomen.

Mais avoir fait le diagnostic d'aérophagie, ce n'est

qu'avoir résolu une partie du problème. Il est évident que n'est pas aérophage qui veut : il faut un tempérament spécial ; mais il faut en second lieu trouver l'épine irritative qui a déterminé l'apparition du syndrome aérophagie.

Il est des cas où cette deuxième question du problème peut être difficile, et devant lesquels le médecin restera parfois embarrassé : ce sont ceux que nous devons maintenant envisager et qui ont intéressé tout spécialement les cardiologues.

III

DE L'AÉROPHAGIE S'ACCOMPAGNANT DE TROUBLES CARDIAQUES

La fréquence des troubles fonctionnels du cœur qui sont sous la dépendance directe d'affections gastriques est connue depuis longtemps. Chesnel, Beau, Lasègue, puis Potain, Fr. Franck, Barié consacrèrent de nombreuses pages aux troubles cardiaques des dyspeptiques ; mais c'est à Huchard que revient le mérite d'avoir bien mis la question au point : ne la résumait-il pas dans l'aphorisme célèbre « quand un malade non atteint de cardiopathie organique se plaint du cœur, cherchez à l'estomac ».

Et parmi les maladies de l'estomac capables de donner lieu à des troubles cardiaques, l'aérophagie, bien isolée maintenant, seule nous retiendra.

Que de malades, affolés, viennent consulter le médecin pour une soi-disant affection du cœur et chez lesquels un examen attentif de l'appareil cardio-vasculaire ne décèle rien d'anormal ! Que l'exploration de l'estomac soit faite systématiquement dans ces cas : on ne sera pas peu surpris de constater très fréquemment l'existence d'une aérogastrie plus

ou moins considérable. Celle-ci en effet donne souvent naissance à tout un ensemble de symptômes rappelant des troubles du domaine circulatoire : et ceux-là seuls sont signalés au médecin, les signes gastriques passant inaperçus.

Ces troubles que nous allons maintenant résumer sont actuellement à peu près uniformément expliqués par un double mécanisme. Par la distension gazeuse de l'estomac refoulant le diaphragme et le cœur d'une part, et par la « solidarité réflexe interviscérale » (Laubry) d'autre part.

1° Tachycardie.

Si normalement l'acte digestif s'accompagne d'une accélération des battements cardiaques, accélération qui passe inaperçue parce que modérée, il n'en est plus de même chez l'aérophage. Chez lui ces phénomènes s'accentuent et deviennent l'objet de sensations douloureuses. La tachycardie apparaît sous la forme de petits accès paroxystiques survenant vers la fin de la digestion ou dès la fin des repas ; elle peut parfois éveiller le malade au cours de la nuit, et il n'est pas rare de la voir s'accompagner d'une légère dyspnée et de sueurs profuses.

2° Palpitations.

Elles surviennent après les repas, par accès, et sont un des accidents les plus fréquents. Leur durée

est variable. Un malaise général, des vertiges, voire des lipothymies peuvent être en rapport avec elles et sont décrites par les malades avec un grand luxe de détails.

3° Douleurs précordiales.

Le moment de leur apparition est également celui de la période post-prandiale. Ce sont des sensations tantôt de constriction fugace, tantôt d'élancements, tantôt de piqûres ou de brûlures. Leur siège électif est au niveau de la pointe du cœur, plutôt au-dessous du sein gauche : c'est pourquoi M. Lian pense qu'il est préférable de les appeler douleurs sous-mammaires gauches plutôt que douleurs précordiales. Irradiation de la douleur épigastrique ou points douloureux en rapport avec une névralgie intercostale, toujours est-il que ces sensations très pénibles sont d'observation très fréquente chez les aérophages.

4° Extra-systoles. — Vertiges. — Lipothymies.

Au cours des gastropathies, et en particulier de l'aérophagie, ces divers troubles ne sont pas rares. Ils surprennent brusquement les malades au cours de l'acte digestif ; ils peuvent être parfois les seules manifestations d'une aérophagie minime.

Les observations concernant de tels malades, aérophages présentant de semblables troubles fonctionnels du cœur sans lésion aucune de cet organe sont

légion. Les erreurs de diagnostic peuvent l'être également : le plus fréquemment, si l'on ne s'est contenté que d'un examen sommaire des malades, elles consisteront à classer cardiopathes ces aérophages. Et elles s'expliqueront aisément, d'autant plus que l'auscultation pourra venir révéler très souvent une résonance exagérée, un son métallique des bruits du cœur, du deuxième bruit en particulier, comme le montre cet exemple : auto-observation de Laënnec (1) alors alité pour une indisposition s'accompagnant d'une « distension flatueuse » de l'estomac :

« J'examinai la région de l'estomac que je trouvai très distendue par des gaz et fortement résonnant par la percussion la plus légère. Je fis approcher la tête d'une personne présente à environ six pouces des parois de ma poitrine et elle entendit très distinctement les battements de mon cœur. Dès lors je commençai à penser qu'un léger degré de distension flatueuse de l'estomac et son adossement intime au diaphragme pouvaient produire le phénomène dont il s'agit. Un instant après, je n'en doutai plus : l'éructation de quelques gaz le fit disparaître ».

On évitera donc les erreurs de diagnostic par un examen soigneux de ces malades. On remarquera que leurs troubles cardiaques coïncident avec une sensation de gonflement, de ballonnement siégeant à la région épigastrique, qu'ils surviennent presque toujours à la suite des repas et enfin qu'ils vont diminuant d'intensité à mesure que la digestion se

1. Laënnec, *Traité de l'auscultation médicale*, t. II.

poursuit, pour disparaître après l'émission d'une quantité plus ou moins considérable de renvois gazeux, ou de bâillements successifs.

L'examen physique décèlera la tension, le ballonnement, le tympanisme de l'épigastre, tandis que l'exploration clinique et radioscopique du cœur et de l'aorte n'y montreront aucune lésion.

On a alors affaire à cette catégorie de malades désignés sous le nom de « faux cardiaques » par Barié (1) ; qu'ils soient rassurés : le simple traitement de leur aérophagie sera à lui seul suffisant pour faire disparaître tout trouble inquiétant ; l'observation suivante de M. Leven et Thooris (2) le montrera tout particulièrement :

« Il s'agissait d'un jeune soldat sur le point d'être proposé pour la réforme, tant les palpitations cardiaques provoquées par le moindre effort étaient vives et réfractaires à toute thérapeutique.

« Ce soldat avait chaque nuit une crise d'étouffements violents qu'il calmait avec de la digitaline employée par lui depuis de longs mois sur les conseils du médecin de sa famille.

« La sialophagie, les crises nocturnes, le tympanisme gastrique nous avaient amené à conclure à l'existence de l'aéorophagie et l'examen radiologique fait avec M. G. Barret confirma cette opinion,

« Après treize jours de traitement ce soldat reprit tout son service. »

1. E. Barrié, *Les faux cardiaques. Sem. Méd.*, 11 fév. 1903.
2. Leven et Thooris, *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 1910.

5° Angine de poitrine.

L'aérophagie peut-elle être le point de départ d'une crise d'angine de poitrine ? Cette question est assez controversée. Nombreux sont les auteurs qui le croient : nous verrons au cours du chapitre suivant comment ces auteurs expliquent les crises angineuses d'origine aérophagique ; celles-ci paraissant d'une interprétation difficile seront examinées alors avec les réserves qui doivent être faites.

IV

L'AÉROPHAGIE, SYMPTOME D'AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES. SES RAPPORTS AVEC L'ANGINE DE POITRINE

On sait la solidarité fonctionnelle qui existe entre les différents appareils digestif, cardiaque, pulmonaire... et que souvent, *ipso facto,* les phénomènes morbides prédominent à distance de l'organe d'abord malade. On n'a donc pas été étonné que des troubles cardiaques aient pu être créés par une aérogastrie : on ne le sera pas davantage quand on rencontrera l'aérophagie, symptôme d'affections cardio-artérielles.

Bouillaud, Gendrin signalèrent les premiers, accessoirement il est vrai, à côté des lésions hépatiques, les troubles digestifs dans les maladies du cœur ; mais ce fut un auteur anglais, Leared, qui montra l'importance qu'ils pouvaient acquérir. Depuis, les troubles gastriques ont été bien décrits, qu'ils surviennent au cours d'affections mitrales ou aortiques. Mais il ne semble pas que l'on ait fait une place bien nette à l'aérophagie parmi ces troubles de l'estomac survenant chez les cardio-aortiques ; nous essayerons de la montrer quand elle

survient comme premier symptôme d'une cardiopathie qu'elle vient masquer : cardiopathie grave, d'où l'importance d'un diagnostic appuyé sur tous les procédés d'examen possibles et spécialement sur les rayons X.

Au cours des affections mitrales.

Les troubles gastriques sont assez rares au début des affections mitrales, mais ils apparaissent avec une fréquence d'autant plus grande que l'asystolie est plus menaçante.

Parmi ces troubles on trouve toujours mentionné dans les observations, à côté de l'anorexie, les symptômes majeurs de l'aérophagie.

La dyspepsie des mitraux appelée par M. Lian dyspepsie par insuffisance cardiaque est en effet caractérisée par une pesanteur, une gêne très douloureuse parfois, survenant après les repas ou dans les deux ou trois heures qui les suivent, véritable sensation de poids sur l'épigastre, par du ballonnement, par des éructations gazeuses très souvent nombreuses.

M. Laubry (1) à qui nous aurons souvent recours dans ce chapitre, cite dans l'un de ses ouvrages cette observation que nous nous permettrons de rappeler :

« Parmi les malades que nous adresse M. Savignac, il en est un qui accusait des douleurs dans le

1. Laubry, *Leçons de séméiologie cardio-vasculaire*. Doin, éd.

flanc gauche, assez fixes dans leur siège, mais fort variables dans leur intensité. Elles débutaient le matin, le déjeuner en marquait la fin ou l'atténuation, mais si elles persistaient, vers cinq heures de l'après-midi, le malade subissait ce qu'il appelait sa crise. La douleur devenait insupportable, le ventre se ballonnait malgré les éructations inodores qui atteignaient deux et trois cents. »

Et il pense que chez ce malade présentant de l'arythmie complète, un rétrécissement mitral, si l'aérophagie a pu faciliter le surmenage auriculaire, on ne peut nier que l'action sympathique n'ait pas été réveillée par l'oreillette gauche volumineuse. Il semble en effet que l'on doive invoquer une excitation vago-sympathique pour expliquer l'aérophagie survenant au cours des insuffisances cardiaques.

En résumé, dans la plupart des cas de lésions mitrales à leur début, l'aérophagie, quand elle existe, est souvent minime, et ce n'est que la persistance de ses symptômes à chaque examen qui y fera prendre garde. Quant à l'aérophagie de la période asystolique, elle est telle qu'on l'a décrite, en général considérable et bruyante.

Au cours des affections aortiques.

Les troubles gastriques survenant au cours de ces affections ont été davantage étudiés. Leared avait attiré l'attention sur ces troubles qui absorbent à la fois par leur intensité et encore plus par leur fixité

l'attention du malade et du médecin, à tel point que l'affection aortique qui en est la cause, peut passer inaperçue, ce qui est désastreux pour le pronostic. Sur dix cas dans lesquels il avait constaté ces accidents gastriques, la mort subite était survenue huit fois : tel fut le cas d'un cocher d'omnibus qui après avoir été traité pour une dyspepsie douloureuse, sortit de l'hôpital et tomba mort de son siège : l'autopsie vint révéler une insuffisance aortique; l'estomac était parfaitement sain.

G. Sée qui attribuait presque exclusivement aux lésions de l'aorte les troubles dyspeptiques des cardiaques, a décrit sous le nom de « gastricisme initial des cardiaques » les accidents survenant chez ces malades ; là encore parmi ceux-ci, à côté des crises douloureuses épigastriques, sont notés les grands signes de l'aérophagie.

Mais depuis ces dernières années, depuis Teissier qui a bien étudié le syndrome d'aortite abdominale après Potain qui en avait isolé les grands symptômes, les dyspepsies des aortiques sont mieux connues.

De celles–ci on n'étudiera que l'aérophagie des aortites abdominales et l'on verra ses rapports avec l'angine de poitrine.

L'aérophagie dans les aortites abdominales.

L'aortite abdominale par la symptomatologie d'emprunt, gastro-intestinale surtout, qu'elle revêt au cours de son évolution, donne lieu par là même

à de fréquentes erreurs de diagnostic. Ce sont en effet, dans la majorité des cas, les signes accessoires qui forcent l'attention, signes indicateurs de Teissier : seule la recherche des signes essentiels de l'affection, souvent moins apparents, permet de poser le diagnostic de façon certaine.

L'aortite abdominale se présente en effet avec tout un cortège de troubles gastro-intestinaux, si bien qu'on a pu lui décrire différents types cliniques : type gastrique atténué de Gutmann et Routier où les phénomènes douloureux sont rythmés par les repas ; claudication intermittente gastrique ; crises entéralgiques (Lœper)..., etc. ; il existe enfin *une forme aérophagique.*

On connaît les réflexes sécrétoires dont le point de départ est une irritation aortique ou péri-aortique ; les crises de sialorrhée, point de départ de l'aérophagie, peuvent en être une conséquence. Aussi le syndrome aérophagique n'est-il pas rare au cours des aortites abdominales ou diaphragmatiques.

L'aérophagie peut se surajouter aux crises douloureuses paroxystiques à siège épigastrique (angines abdominales, angines pseudo-gastralgiques de Huchard), quelquefois si intenses qu'elles provoquent des syncopes : on comprend que dans ces cas le tableau soit plus dramatique encore.

L'aérophagie peut aussi exister isolément. Dans ces cas les malades présentent un ballonnement post-prandial, ou souvent même un peu plus tardif

par rapport aux repas, ballonnement très marqué car l'aérogastrie est souvent considérable ; il va en augmentant pour atteindre son acmé vers la fin de la période digestive ; il s'accompagne des autres signes de l'aérophagie : sensation de tension de l'épigastre.., etc, mais on doit signaler la gêne particulièrement douloureuse qui le caractérise. La terminaison de l'« accès aérophagique » est marquée par des salves d'éructations qui viennent soulager les malades.

Quand l'aérophagie se surajoute ou alterne avec des crises d'angine abdominale, quand on perçoit à travers la paroi abdominale, les battements, l'expansion du vaisseau élargi et souvent dévié à gauche, le diagnostic est aisé.

Mais il n'en est plus de même quand l'aérophagie existe à l'état quasi-isolé et quand les signes d'aortite demandent à être minutieusement recherchés. Dans ce cas le diagnostic pourra errer bien longtemps : on traitera l'aérophagie par les moyens habituels, et on la verra bientôt disparaître... mais un jour parfois éloigné, alors que l'on croyait le sujet guéri, on verra les signes, nets cette fois, de l'aortite abdominale, se révéler : une violente crise d'angor pourra survenir. L'aérophagie que l'on avait traitée, que l'on avait considérée comme primitive, comme bénigne, était secondaire et le pronostic bien plus sombre.

L'aérophagie et l'angine de poitrine.

Avant de montrer comment l'aérophagie se présente quand elle est symptomatique d'aortites se compliquant de crises d'angor pectoris, nous devons rappeler que cette même aérophagie est considérée par nombre d'auteurs comme étant capable d'en déclencher les crises.

Bouveret, le premier, rapporte un cas d'angine de poitrine à une aérogastrie. Fiessenger (1) cite une statistique de 80 cas d'angine de poitrine : sur ces 80 cas, 27 ont à leur origine l'aérophagie ; la réplétion aérienne de l'estomac, par l'intermédiaire du diaphragme, vient, dit-il, gêner le travail du cœur.

Martinet pense que les cas les plus fréquents d'angine de poitrine sont « les angines des pithiatiques et du type névrose d'angoisse, bien souvent aérophages et dyspeptiques », et il les trouve dans une proportion de 44% ; la distention gastrique refoulant avec le diaphragme le cœur et l'aorte tordus sur leur axe, met ainsi un obstacle à la circulation, obstacle qui serait suffisant d'après l'auteur, pour élever la tension artérielle et gêner l'évacuation du ventricule gauche, d'où crises d'angor pectoris.

Leven croit également que la simple aérophagie peut être l'origine de crises angineuses ; Flora enfin,

1. Fiessenger, *Bull. de l'Acad. de Méd.*, oct. 1912.

en 1925, dans un travail inspiré de M. Lian dit que le syndrome angineux peut être réalisé par la distension gazeuse de l'estomac et du côlon, que « si l'on reconnaît à divers types d'angor une origine réflexe, il est très logique de concevoir que la distension gazeuse gastro-colique puisse mettre en branle ce réflexe » ; l'aéro-gastro colie pensent MM. Lian et Flora provoque une excitation des filets nerveux végétatifs vago-sympathiques de l'estomac et du côlon et cette irritation peut facilement diffuser au plexus cardiaque, créant de la sorte l'angor, « expression de la souffrance du plexus cardiaque ».

Par contre, des auteurs nombreux également, se refusent à admettre les angors réflexes, ou bien ne les admettent qu'avec des restrictions. « J'attends encore dit M. Laubry, sans en nier la possibilité, qu'on me montre une véritable étreinte thoracique purement digestive ou purement réflexe », et à propos de l'angine de poitrine névropathique, M. Vaquez pense que celle-ci « est une angine vraie dont on a méconnu la cause naturelle, ou une simple crise de palpitations nocturnes, suivie d'angoisse, et qui n'a rien à faire avec elle ».

Quant à M. F. Ramond, il croit que l'aérophagie joue le même rôle que le travail musculaire de la marche ou de l'effort, comme cause provocatrice de l'angine de poitrine ; « tel fut dit-il le cas d'un officier qui souffrait de crises immédiatement après son repas. L'examen radioscopique prouva qu'il s'agis-

sait d'une aérophagie bloquée ; le tubage supprimait l'attaque d'angine ; grâce au régime et à l'hygiène, l'aérophagie disparut, et l'angor, tout d'abord atténué, subsista, puis s'aggrava rapidement. »

Les avis sont donc partagés : la question angine de poitrine et aérophagie est en effet d'interprétation réellement délicate ; voyez ces deux observations citées par M. Leven (1) :

« Malade âgé de 70 ans, grand fumeur, est traité depuis quatre ans pour angine de poitrine et artério-sclérose. Il ne peut se mouvoir sans une dyspnée immédiate et angoissante. La médication classique, les iodures, n'ont pas modifié son état. Les crises considérées comme des accès d'angine de poitrine étaient dues à l'aérophagie. Le traitement de l'aérophagie les a si bien fait disparaître qu'il demeure guéri depuis trois ans et demi. »

« Autre malade âgé de 50 ans est soigné pour une angine de poitrine vraie depuis deux ans. La dyspnée provoquée par la marche est telle qu'il ne peut traverser la rue étroite de son village. L'aérophagie est guérie depuis quatre ans. Il marche plusieurs heures par jour sans fatigue. »

Comment, devant de semblables exemples ne pas attribuer en effet les crises angineuses à l'aérophagie ? Si l'on admet la catégorie des « fausses angines », des angines névropathiques, on peut penser qu'elles puissent être déclenchées par l'aérophagie, qui s'accompagne parfois ne l'a-t-on pas vu, de crises

1. Leven, *La dyspepsie*. Doin, éd.

de palpitations avec sensation de « plénitude thoracique » et de légère angoisse.

Mais avec quelles réserves doit-on considérer les crises angineuses comme étant sous la dépendance de l'aérogastrie !

On se rappelle qu'on a admis assez généralement après les travaux de Potain et Barié, à la suite des recherches expérimentales de Fr. Franck, que certaines lésions de l'estomac et du foie pouvaient être suivies d'accidents d'insuffisance du cœur droit : certains aérophages présentent bien des troubles cardiaques, ainsi qu'on l'a vu, mais quand l'insuffisance cardiaque est en cause, elle ne peut s'expliquer que tout autrement, par une sclérose rénale latente, par une myocardite éthylique comme le pense M. Vaquez.

D'autre part il suffit d'avoir suivi pendant un temps même très court une consultation de gastro-entérologie, pour se rendre compte que sur le nombre considérable d'aérophages qui peuvent y défiler, bien peu se plaignent d'accidents angineux qui ne puissent être rattachés à leur véritable cause : ce sont les cas d'angor qui demeurent inexpliqués, qui sont attribués à l'aérophagie ; bien à tort, car *l'évolution souvent dramatique se charge de le démontrer.*

C'est pourquoi il est permis de penser que la simple dilatation gazeuse de l'estomac, lorsqu'elle coexiste avec des crises angineuses, doit être considérée non pas comme une cause, mais comme un symptôme de l'angine.

Symptôme banal et sans intérêt dira-t-on, symptôme admis par tous, expression des irradiations nombreuses de l'angor, dans le domaine du pneumogastrique ? Ne cite-t on pas parmi les phénomènes réflexes, la salivation quelquefois très abondante, cause de l'aérophagie, les éructations qui en sont la conséquence?

On doit cependant attacher plus d'importance à ce symptôme que l'on a tendance à considérer comme primitif, sous peine de porter de faux pronostics. Et nous pensons en cela comme M. Laubry (1) qui, à propos des rapports de l'angine de poitrine avec l'aérophagie s'exprime ainsi :

« Rien n'est plus malaisé, lorsqu'une distension gazeuse de l'estomac comprime la base du thorax, qu'il en résulte une oppression vraiment douloureuse, remontant souvent sous le sternum, rien n'est plus malaisé de ne pas songer à une douleur angineuse à siège xyphoïdien. Pour ma part, dès qu'il y a constriction vraie avec irradiatons, je prononce le mot d'angine, et je laisse la discussion s'engager sur le terrain étiologique. Je vois quelques-uns de ces malades d'interprétation douteuse et variable au gré du spécialiste qu'ils consultent, avec mon ami Leven. Il m'a souvent convaincu que que le traitement rationnel de leur dyspepsie et leur aérophagie les a grandement améliorés ; mais il suffit que chez l'un d'eux, malgré un succès de bon aloi, nous ayons eu plus tard une surprise désagréa-

1. Laubry, *Leçons de séméiologie cardio-vasculaire.*

ble pour que nous observions maintenant la même réserve dans nos pronostics. »

Toutes les fois qu'un malade viendra consulter le médecin pour des troubles aérophagiques qu'il décrira souvent à grand renfort de détails et qu'il se plaindra de phénomènes angineux, que celui-ci ne se contente donc jamais du diagnostic évident d'aérophagie et qu'il ne lui impute pas d'emblée les acccidents angineux ; qu'il porte toute son attention sur l'appareil circulatoire, avec l'arrière pensée d'une aortite possible. Et quand bien même l'auscultation du cœur et de l'aorte n'eut rien montré, que l'on multiplie les recherches, puisque l'on sait que dans les formes non ectasiantes d'aortite, l'auscultation peut rester bien souvent muette. Que l'on fasse faire une réaction de Bordet-Wassermann, la nature syphilitique des aortites étant fréquente ; que l'on exige un examen aux raxons X, ceux-ci révèleront souvent les lésions essentielles, aorte élargie, à parois épaissies ou sombres, aorte déroulée et rigide... signature de l'aortite.

Et même lorsque le malade ne viendra consulter que pour des troubles banaux d'aérophagie, que l'on s'efforce toujours d'en trouver la cause, que l'on passe en revue tous les facteurs susceptibles de la créer ; on ne sera pas peu surpris de trouver parfois des lésions aortiques à leur origine : que de fois, suivant l'expression de G. Sée « le malade entré gastrique dans notre cabinet de consultation, en sort cardiaque ».

Il ne s'agit pas d'assurer aux malades que le simple régime, que les antispasmodiques qui lui seront prescrits feront disparaître tous les troubles décrits, une mort subite au cours d'une crise d'angor pouvant venir révéler que l'aérogastrie était un un symptôme, parfois le seul, d'une aortite silencieuse !

Avant de citer nos observations qui feront voir les difficultés que l'on peut rencontrer lorsqu'en présence d'un aérophage présentant des crises alarmantes d'angor, on doit formuler un diagnostic et un pronostic, les quelques observations suivantes qu'on nous permettra de rappeler, illustreront ce que nous avons mentionné, la coexistence d'aortite avec l'aérophagie qui en dépend et peut la masquer.

De Huchard, ces deux observations :

« Malade atteint d'aortite avec insuffisance des valvules sigmoïdes, chez lequel l'affection ne s'est d'abord révélée pendant longtemps que par des symptômes gastriques violents : douleurs, *dilatation énorme de l'estomac*, vomissements, tympanite, et qui a présenté seulement après quelques mois des symptômes cardio-aortiques et en dernier lieu des accidents angineux auxquels il a succombé. »

« Un autre malade a souffert pendant plusieurs mois, en l'absence de tout symptôme cardiaque ou aortique, d'accidents gastralgiques intenses, au point qu'on put le regarder longtemps comme atteint d'une affection de l'estomac ; mais bientôt après

les douleurs gastriques apparurent des crises de douleurs rétro-sternales avec accès paroxystiques d'épigastralgie et distension gazeuse de l'estomac. L'examen montrait une aortite avec dilatation du vaisseau. »

Et de M. Laubry (1) cette dernière observation très démonstrative : il s'agit d'un malade « aérophragique et angineux dont les crises douloureuses affectaient une prédilection remarquable pour la période digestive. Alors qu'avant les repas il se livrait à un effort physique quelconque sans la moindre gêne, tout effort fait après les repas provoque une crise angineuse bientôt calmée par des éructations nombreuses. Les tensions artérielles étaient sensiblement normales. L'examen radioscopique ne décelait aucune altération apparente de l'aorte ascendante ; par contre l'aorte thoracique postérieure est d'une opacité et d'un diamètre anormaux. L'estomac est distendu par une énorme poche gazeuse qui refoule le dôme diaphragmatique et fait prendre au cœur un diamètre horizontal. L'évolution a montré qu'il s'agissait non pas d'une dyspepsie primitive accompagnée de gêne fonctionnelle du cœur, mais bien de lésions aortiques graves ayant entraîné la mort subite. »

1. Laubry, Mougeot et Walser, *Les syndromes d'aortite postérieure.*

Symptômes et pronostic de l'aérophagie d'origine cardio-aortique.

On peut se demander si l'on doit reconnaître à l'aérophagie symptomatique de lésions cardio-artérielles une symptomatologie qui puisse mettre sur la voie de leur cause réelle, et quel en est leur pronostic.

Comme on a pu le voir déjà et comme les observations qui seront rapportées le montreront, l'aérophagie d'origine cardio-vasculaire apparaît le plus fréquemment au cours de la période digestive, à la fin de la digestion surtout, réveillant les malades en pleine nuit.

Les phénomènes objectifs qui l'accompagnent sont ceux de l'aérogastrie banale, mais ils sont beaucoup plus marqués et impressionnent les malades comme les médecins qui les constatent : l'aérogastrie est en effet considérable, le ballonnement abdominal est extrême ; le palper de la région épigastrique est douloureux, car la coexistence de plexalgie solaire est fréquente ; on note quelquefois le point douloureux de M. de Fossey et Aimard, le long du rebord costal de la 10e côte près de son cartilage, au fond d'une petite encoche, facilement perceptible à ce niveau.

Les phénomènes subjectifs impressionnent également : ils consistent en une tension douloureuse de la région gastrique, mais très intense, une véritable

oppression à laquelle se surajoute parfois une angoisse vraiment pénible, telle que les malades, au moment de leurs crises, redoutent tout examen médical.

La station debout a une influence certaine sur les sensations douloureuses, les faisant bien souvent diminuer d'intensité.

Enfin, les accès d'aérophagie se terminent par des séries d'éructations fort nombreuses: leur nombre est en rapport avec cette volumineuse aérogastrie que l'on a vue; un des malades de M. Savignac ne comptait-il pas jusqu'à 2 et 300 éructations ! quant à cette veille dame angineuse citée par Mackensie, n'en présentait-elle pas tant également que sa fille avait résolu de ne plus l'accompagner dans ses promenades !

Doit on pour terminer, accorder une valeur pronostique défavorable à l'aérophagie d'origine cardio-aortique ? La réponse doit être affirmative.

Certes, le pronostic de cette aérophagie est en rapport avec celui de l'affection qu'elle aura parfois aidé à diagnostiquer ; mais même si cette affection est bien compensée, l'aérogastrie est toujours cependant une influence aggravante, aussi devra-t-on la traiter comme elle le mérite.

Et quand malgré le traitement l'aérophagie demeure tenace, récidivante, qu'elle s'accompagne d'une anorexie invincible, de digestions lentes, laborieuses... que l'on prenne garde, même si les lésions cardio-artérielles paraissent bien compensées : elle annonce souvent alors une insuffisance cardiaque très proche.

V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Dr Marie Parmentier).

M. B..., 46 ans vient consulter en novembre 1928 pour aérophagie. Il ne présente rien de spécial dans ses antécédents. L'histoire de sa maladie qui remonte à juillet 1922 peut ainsi se résumer :

En juillet 1922, crises de douleurs épigastriques durant quelques heures, s'accompagnant de tension, de ballonnement épigastrique : l'aérophagie est nette ; l'examen du cœur est négatif.

En janvier 1923, crise de cholécystite aiguë fébrile ; la convalescence est marquée par des douleurs épigastriques tardives (3e heure après les repas) calmées par la position couchée.

En juillet 1926, au cours d'une cure à Vittel, apparition de malaises à *heure fixe, le soir :* sensations de gêne à l'épigastre que la station debout fait disparaître bientôt.

En janvier 1927, crise violente et brutale : douleurs épigastriques très violentes, s'irradiant dans le dos, entre les omoplates, spasmodiques.

La vésicule n'est pas sensible à la pression. Amaigrissement.

En septembre 1927, les crises deviennent plus fréquentes. Elles apparaissent après les repas et à n'importe quelle heure. Elles se caractérisent par une sensation de chaleur au-dessous du creux épigastrique, par des sensations de contractions douloureuses stomacales, par des suffocations.

Les douleurs s'accompagnent de salivation, d'envies d'uriner ; elles se dissipent brusquement par des renvois gazeux multiples.

Ces crises ont une durée de 15 minutes environ.

En janvier 1928, modification des douleurs qui deviennent comme « feutrées » et se produisent 3 heures après les repas, mais persistent plus longtemps.

En mai 1928, un examen aux Rayons X pour assurance sur la vie montre cœur, poumons, appareil digestif normaux.

En novembre 1928, date de notre 1er examen. Le malade très amaigri, redoutant la position couchée, reste debout pendant l'examen.

La percussion de l'abdomen montre une aérogastrie considérable, la palpation montre l'existence de plexalgie solaire et iliaque. Les réflexes sont normaux. Le cœur est normal. La tension artérielle (appareil de Vaquez) est de 13 Mx-9 Mn.

La réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée : H^8 H^6. Chimisme gastrique : à la 60e minute, H = 1,90. A = 2,60 ; évacuation faite à la 45e minute.

Examen de la sécrétion duodénale : 3 biles normales, la bile B est transparente ; quelques rares caillots sanglants.

Examen radioscopique : Cœur un peu volumineux. Aorte déroulée et rigide.

Chambre à air développée d'avant en arrière.

Peristaltisme vif. Evacuation normale. Malaise accusé par le malade au moment où se produisent les premières contractions péristaltiques efficaces.

Douleur plexalgique.

Duodénum normal.

Evolution. — En présence de ces signes on a fait le diagnostic de spasme avec aérophagie sans pouvoir identifier la cause des troubles nerveux.

Le traitement antispasmodique donne de bons résultats : le malade prend 4 kgr.

Le 16 février 1929 le malade revient à la consultation : il a été pris, dit-il, un matin, après un effort, d'un essoufflement considérable, d'une toux opiniâtre et sèche, et il a rendu ensuite des crachats rosés.

Rétrospectivement le diagnostic d'œdème aigu du poumon s'impose ; La tension a baissé, 10 1/2-7.

Le diagnostic s'oriente vers une affection cardiaque.

Le Dr Léon Giroux examine le malade : l'électro-cardiogramme, l'examen aux rayons X (cœur volumineux avec mauvaises contractions) fait faire le diagnostic d'aortite.

Une série de cyanure de Hg est faite.

En mars 1929, bonne période, paraissant succéder à la série de cyanure.

Le 9 avril 1929, nouvelle crise d'œdème aigu du poumon, L'ouabaïne intraveineuse soulage peu le malade.

Le 21 avril, aux rayons X, cœur très volumineux ; l'examen clinique montre le foie augmenté de volume et douloureux, et l'existence d'œdème des membres inférieurs.

Le 14 mai, violente réaction hépatique; subictère.

Le 20 mai, cure de réduction des liquides, purges. Le

malade est un asystolique. Il meurt le 14 juillet, subitement.

Cette observation montre : 1° les difficultés qu'il y eut à trouver la cause de l'aérophagie. Soupçonnée, elle fut confirmée par l'épisode aigu d'œdème pulmonaire ; 2° les caractères spéciaux de cette aérophagie :

Aérogastrie considérable, douleurs calmées par la station debout ;

L'horaire tardif de l'aérophagie ;

Plexalgie solaire concomitante.

OBSERVATION II

Mme B... 55 ans, vient consulter le 2 novembre 1929 pour aérophagie : renvois gazeux fréquents, gêne douloureuse épigastrique survenant à la fin de la digestion et s'accompagnant de quelques papitations. Cet état date de la ménaupose (1919).

Elle présente un état nerveux caractérisé par des bouffées de chaleur et des tendances aux évanouissements.

Très bon état digestif.

Examen du cœur : double souffle. T. A. : 13-7.

Examen radioscopique du cœur : diamètre horizontal 121 mm., diamètre longitudinal 116 mm. Cœur dans l'ensemble globuleux. Saillie de l'oreillette droite. Saillie de l'ombre aortique avec aspect globuleux du ventricule gauche.

En O. A. D.. déroulement de l'ombre aortique.

Examen radioscopique du tube digestif :

Estomac : poche à air volumineuse. Duodénum, gros intestin normaux.

B.-W. = H^6H^6. Dosage de l'urée dans le sang : 0,22.

Dans cette observation, les signes aérophagiques prédominaient également sur les signes fonctionnels cardiaques. L'examen radioscopique fut nécessaire pour faire le diagnostic.

OBSERVATION III

M. R..., 59 ans, vient consulter le 25 octobre 1929 pour troubles gastriques survenant depuis plusieurs années : vomissements bilieux fréquents. Il se plaint de vertiges avec impression d' « arrêts du cœur », de gêne épigastrique : ces malaises disparaissent par des renvois bruyants et répétés. Depuis huit mois il accuse en outre des douleurs rétro-sternales à l'effort.

Examen de l'appareil digestif : aérogastrie.

Examen du cœur : double souffle. T. A. : 13-9.

Rayons X : Ventricule gauche gros, aorte déroulée et opaque. — Estomac : poche à air volumineuse.

Ici encore, coexistence de l'aortite avec l'aérophagie. On note que l'aérogastrie est toujours considérable.

OBSERVATION IV

Mlle K..., 34 ans, vient consulter le 22 mai 1929 pour troubles aérophagiques et mauvais état général. L'aérophagie est très importante, les éructations fort nombreuses après les repas.

Auscultation du cœur, normale.

Tension artérielle 16-9.

L'examen radioscopique du cœur révèle une aortite, et une aéro-gastrocolie volumineuse.

La radio seule a démasqué l'aortite : l'examen clinique du cœur était normal.

OBSERVATION V

(M. Leven) (1).

« Le Dr Thibault (de Neuilly-sur-Seine) me présenta en juin 1922, un malade, âgé d'une soixantaine d'années, qui souffrait de crises de dyspnée et de spasmes du cardia depuis deux ans.

« Le malade avait les signes de l'aérophagie la plus typique. L'examen du cœur et l'étude de la pression artérielle n'avaient jamais rien révélé, ni à ce contrère, ni à deux savants médecins qui l'avaient examiné cliniquement et radiologiquement. Il avait eu la fièvre typhoïde à 18 ans. J'améliorai assez rapidement spasmes et dyspnée. Les progrès étaient si marqués à la dernière auscultation que le malade m'annonça son intention de faire l'ouverture de la chasse.

Il fut en mesure de satisfaire ce plaisir, mais vers la fin de l'année 1922, au cours d'une chasse, il mourut subitement. »

Cette dernière observation montre de quelles réserves on doit entourer le pronostic de l'aéropha-

1. Leven, *Le Bull. méd.*, 23-26 sept. 1925.

gie quand sa cause n'a pas été reconnue : les examens cliniques et radiologiques du cœur, même répétés, peuvent en effet rester négatifs pendant longtemps.

VI

CONCLUSIONS

I. — L'aérophagie peut donner lieu à des troubles fonctionnels du cœur : tachycardie, arythmie, palpitations, angoisse, etc. ; elle peut survenir au cours d'affections vasculaires patentes et en particulier au cours des aortites et de l'angine de poitrine. Mais il convient de faire une place importante à une autre forme d'aérophagie : celle-ci est au premier plan, et masque la lésion cardio-aortique qui en est la cause.

II. — Le diagnostic de cette forme est particulièrement essentiel. En effet, il ne s'agit pas de poser seulement le diagnostic immédiat d'aérophagie. Il faut, par des examens cliniques minutieux et surtout par des examens radiologiques répétés de l'appareil cardio-vasculaire, découvrir la cause de cette aérophagie : la lésion initiale cardio-aortique.

III. — Quelques signes particuliers de cette aérophagie aideront quelquefois à en faire le diagnostic :

Horaire assez fixe, à la fin de la période digestive.

Troubles fonctionnels importants : renvois nombreux, gêne épigastrique douloureuse... en rapport avec une aérogastrie le plus souvent considérable ; ces troubles, et la douleur en particulier sont calmés par la station debout.

Enfin, coexistence fréquente de plexalgie solaire.

IV. — Autant le pronostic de l'aérophagie en elle-même est bénin, autant il doit être réservé et même sombre en cas de lésions cardio-artérielles. Il est d'autant plus grave que les lésions cardiaques auront pu évoluer pendant fort longtemps à bas bruit, et qu'au moment où on les découvre les moyens d'action sont plus limités.

V. — Le traitement devra de toute évidence viser à la fois l'appareil cardio-vasculaire et l'appareil digestif : le traitement classique de l'aérophagie par le régime, l'hygiène, les antispasmodiques serait en effet à lui seul illusoire.

Vu : le Président de thèse,
P. CARNOT.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Barié. — Traité pratique des maladies du cœur et de l'aorte. Vigot, 1912.

— Les faux cardiaques (Sem. Médic., 11 fév. 1903).

Bernard (*A.*). — Action des troubles circulatoires sur l'estomac (Soc. de gastro-enterologie de Paris, 11 janv. 1926).

Bismuth. — Aortite abdominale à forme gastralgique. Thèse Paris, 1923.

Bouveret. — L'aérophagie hystérique (Revue de Méd., p. 146, 1891).

— Les maladies de l'estomac, 1893.

Breitmann. — De la symptomatologie et du traitement de l'angina abdominalis (Zentralblatt f. innere Medizin, nov. 1914).

Castaigne et *Gouraud*. — L'aortite abdominale (Journ. de Méd· Franç., 15 fév. 1912).

Danielopolu. — L'angine de poitrine et l'angine abdominale. Masson, 1927.

Durand (*G.*). — Maladies de l'œsophage et de l'estomac (in Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée).

Enriquez. — Nouveau traité de pathologie interne. Doin, 1926.

Fiessenger. — Les formes curables de la grande angine de poitrine (Bull. de l'Acad. de Méd., 1er oct. 1912).

Flora. — Les accidents cardiaques de l'aérophagie. Thèse Paris, 1925.

Franck (*Fr.*). — Sur les signes et la pathogénie des cardiopathies d'origine gastro-hépatique (Gaz. hebdom,, mai 1880).

Gallavardin. — Les angines de poitrine (Congrès de médecine de Nancy, 1925).

Gutmann et *Routier*. — L'aortite abdominale atténuée à forme gastralgique (Presse Méd., 7 janv. 1925).

Hautecœur. — Les troubles et les lésions de l'estomac chez les cardiaques. Thèse Paris, 1891.

Hayem et *Lion.* — Maladies de l'estomac (in nouveau traité de Méd. et de thérap. Baillère).

Huchard. — Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, 3e éd. Doin, 1899.

— Les troubles fonctionnels du cœur d'origine gastrique (Revue génér. de clinique et de thérapeutique, mai 1896).

Laënnec. — Traité de l'auscultation médiate, tome II, 2e éd. Paris, 1826.

Laubry. — Leçons de séméiologie cardio-vasculaire. Les troubles fonctionnels. Doin, 1924.

Laubry, Mougeot et *Walser.* — Les syndromes d'aortite postérieure. Doin, 1925.

Leared. — Dyspepsie des cardiaques (Méd. times and Gaz., 1867).

Le Meunier. — Les troubles gastro-intestinaux dans les aortites abdominales. Thèse Paris, 1929.

Le Noir et *Agasse-Lafont.* — Pathologie de l'estomac (in nouveau traité de Médecine. Masson, 1926).

Leven. — La dyspepsie. Grands symptômes et grands syndromes dyspepsiques. Doin, 1922.

— L'aérophagie. Etude clinique, radiologique et thérapeutique. Doin, 1920.

— L'aérophagie ; son rôle dans les cardiopathies, les syndromes appendiculaires et les vomissements de la grossesse (Bull. Médic., 23-26 sept. 1925).

Leven et *Thooris.* — Aérophagie méconnue, formes rares et graves (Bull. de la Soc. de Thér., 1910).

Lian. — Les troubles cardiaques de l'aérophagie (S. de Méd. et de Chir. prat., 10 juillet 1926).

Lian et *Flora.* — Angine de poitrine et aérophagie (La Médecine, mars 1926).

Læper. — Leçons de pathologie digestive. Masson.

— Les crises intestinales des aortiques (Prog. Méd., 10 déc. 1910).

Lutembacher. — Les troubles fonctionnels du cœur. Masson, 1924.

Mackensie. — Les maladies du cœur, traduit sur la 4e éd. anglaise p. A. Françon. Alcan, 1926.

Martinet. — Les angines de poitrine. Masson, 1922.

Mathieu et *Follet*. — Etude sur l'aérophagie (Bull. de la Soc. Méd. des hôp. Paris, 1er mars 1901).

Mathieu et *Gouraud*. — L'aortite abdominale et les douleurs gastro-entérales (Archives des maladies de l'app. dig., Paris, 1907).

Mauban. — L'aérophagie, 1910.

Mercklen. — Leçons sur les troubles fonctionnels du cœur. Masson, 1908.

Mignac. — La claudication intermittente gastrique. Thèse Paris, 1923.

Pal. — Angine de poitrine et aérophagie (Wiener kl. woch., 2 août 1928).

Palmieri. — Considérations sur un cas d'angine de poitrine en rapport avec les repas (Le Malattie del more, p. 111, avr. 1920).

Pitres. — Des éructations hystériques (Prog. Méd., 12 janv. 1895).

Potain. — Accidents cardiaques liés aux troubles gastro-hépatiques (Cliniques de la Charité, 1894).

— Aortite abdominale (Méd. mod., 27 sept. 1899).

Ramond (*F.*). — Les maladies de l'estomac et du duodénum. Masson.

Ramond, *Jacquelin* et *Borrien*. — L'aérophagie bloquée (Bull. de l'Ass. Méd. des hôpitaux. Paris, 10 juin 1921).

Robin. — Les maladies de l'estomac. Rueff, 1904.

Sée. — Traité des maladies du cœur, t. I. Lecrosnier et Babé, 1889.

Tardieu. — L'aérophagie dans l'angine de poitrine (Soc. de thérap., 14 nov. 1928).

Tarruella. — Angor abdominalis (Arch. espag. des malad. de l'app. dig., nos 2-3-4-5, 1921).

Teissier. — Symptômes et complications de l'aortite sous diaphragmatique (Bull. Méd., 23 nov. 1910).

Vaquez. — Maladies du cœur (in nouv. traité de Méd. et de thérap. Baillère, 1924).

— Les angines de poitrine (Arch. des mal. du cœur, mars-avril, 1915).